HAFENTIERÄRZTE

Anmeldeformular

Angaben zum Besitzer:

Firma / Frau / Herr / Familie / Divers

Name, Vorname: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

E-Mail-Adresse: _____

Angaben zum Tier:

Name: _____ ☐ Hund ☐ Katze

Rasse: _____ Geburtsdatum: _____

Farbe: _____ aktuelles Gewicht: _____

Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich

Kastriert: ☐ nein ☐ ja ☐ Kastrations-Chip/chemische Kastration

Mikrochip-Nr: _____ Heimtierausweis-Nr: _____

Allergien/Unverträglichkeiten: _____

Besonderheiten: _____

Dauermedikamente: _____

Krankenversicherung: _____

Haustierarzt/überwiesen von: _____

Wie sind Sie auf uns aumerksam geworden? _____

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben und erkläre mich einverstanden, direkt im Anschluss an jede Behandlung Bar, mittels EC- oder Kreditkarte zu zahlen.

Ort, Datum_____ Unterschrift:_____

Einwilligungserklärung zur Datennutzung zu weiteren Zwecken

Mit meiner Unterschrift willige ich,_____, darin ein, dass die Hafentierärzte (Dock Docs Tierärztegesellschaft bR A.Kromik, N.Goldammer) meine auf der Anmeldung angegebenen personenbezogenen Daten zum Zwecke der Durchführung eines tierärztlichen Behandlungsvertrages auf der Grundlage gesetzlicher Berechtigungen erhebt.

Für jede darüberhinausgehende Nutzung der personenbezogenen Daten und die Erhebung zusätzlicher Informationen, ebenso für eine Weiterleitung an Dritte, bedarf es regelmäßig Ihrer Einwilligung. Eine solche Einwilligung kann nachfolgend freiwillig erteilt werden.

Einwilligung in die Datennutzung zu weiteren Zwecken (bitte ankreuzen)

☐ ja ☐ nein Ich willige ein, dass die erhobenen Daten auch für zukünftige Behandlungsverträge genutzt werden dürfen

☐ ja ☐ nein Ich willige ein, dass die erhobenen Daten, soweit erforderlich und notwendig im Rahmen tierärztlicher Überweisungen an andere Tierarztpraxen, -kliniken übermittelt werden dürfen.

☐ ja ☐ nein Ich willige ein, dass die erhobenen Daten, soweit erforderlich und notwendig im Rahmen weiterführender Diagnostik an Untersuchungslabore und Institute übermittelt werden dürfen.

☐ ja ☐ nein Ich willige ein, dass mich die Tierärztliche Praxis Dock Docs telefonisch über Laborergebnisse und Terminplanung informiert. Ich willige ein, dass mich die Tierärztliche Praxis Dock Docs per Post und/oder E-Mail informiert.

☐ ja ☐ nein Ich willige ein, dass die erhobenen Daten auch im Rahmen einer Weiterführung der Praxis durch einen Nachfolger weiter bestimmungsgemäß genutzt werden dürfen.

Sie haben jederzeit das Recht, Ihre Einwilligung zu widerrufen.

☐ ja ☐ nein Ich willige ein, dass Bilder meines Tieres (☐ anonym/ ☐ mit dem Namen des Tieres) in sozialen Medien, für Infomaterial oder wissenschaftliche Präsentationen verwendet werden dürfen.

Ort, Datum _____ Unterschrift_____